ÜBER

MULTIPLE TUBERKULÖSE DARMSTENOSEN.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

DR. PAUL VON BRUNS
O. Ö. PROFESSOR DER CHIRURGIE, VORSTAND DER CHIRURGISCHEN KLINIK ZU TÜBINGEN

DER MEDICINISCHEN FAKULTÄT ZU TÜBINGEN

VORGELEGT VON

LUDWIG DEPPE
APPROB. ARZT AUS MAGDEBURG.

ACAD. LOCO BAT. BIBL.

TÜBINGEN 1899
VERLAG VON FRANZ PIETZCKER.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Druck von H. Laupp jr in Tübingen.

https://archive.org/details/IA41552310_0028

Die Seltenheit multipler Stenosen im Darm, speziell im Dünndarm, und zumal auf tuberkulöser Basis — eine Thatsache, auf die neuerdings besonders Hofmeister[1]) hingewiesen, sofern es ihm gelang, nur 20 Fälle in der Litteratur aufzufinden — rechtfertigt wohl die Veröffentlichung eines in der Magdeburger Krankenanstalt Sudenburg kürzlich beobachteten Falles.

Krankengeschichte.

Robert Schwitzky, 12 Jahre alt, wurde am 12. August 1898 aufgenommen.

Anamnese. Pat. ist das achte Kind unter 12 Geschwistern. Des Vaters Eltern starben an Altersschwäche und Rückenmarksschwindsucht; die Grosseltern mütterlicherseits leben noch und sind gesund. Die Eltern leben: der Vater ist gesund; die Mutter bekam seit ihrem zweiten Wochenbette bei jeder wiederkehrenden Schwangerschaft, also noch 10 mal, Krämpfe, kam jedoch stets ohne ärztliche Hilfe nieder. In jenem zweiten Wochenbett erfolgte im achten Monat eine Totgeburt, die anderen 11 Kinder kamen lebend zur Welt; doch starben von ihnen im Alter bis zu

1) Ueber multiple Darmstenosen tuberkulösen Ursprungs. Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie 1896 S. 577.

einem halben Jahre 6 an Krämpfen, 1 im Alter von 7 Monaten an Luftröhrenentzündung; die übrigen 5 Geschwister sind — ausser dem jüngsten Kinde, das schon mehrfach schwärzliche Blutstücke erbrochen hat — gesund, sollen jedoch, bis sie alle Zähne hatten, sämtlich auch an Krämpfen gelitten haben; nur Robert hat im Gegensatz zu allen seinen Geschwistern niemals Krämpfe gehabt.

Pat. erhielt bis zum 13. Monat die Brust, dann ein Jahr lang besonders Ziegen-, später mehr Kuhmilch, jedoch, wie die Mutter ausdrücklich hervorhebt, stets in abgekochtem Zustande; auch soll er niemals rohes Rindfleisch genossen haben. Bis zu seinem 2. Jahre war Pat. — abgesehen von einem Bandwurm, der ihm im Alter von 6 Wochen abging — ein gesunder und ungewöhnlich kräftiger Knabe, der mit 11 Monaten laufen lernte und am Ende des ersten Jahres bereits 21 Pfund wog. Seit dieser Zeit jedoch hat er immer gekränkelt. In seinem 3. Jahre erkrankte er an Masern und Hirnentzündung; letztere kehrte in den folgenden 4—5 Sommern wieder. Ausserdem klagte er beständig über Leibschmerzen und Beschwerden beim Wasserlassen und Stuhlgang, und zwar bestand bald Stuhlträgheit, bald Diarrhoe. Seit seinem 4. Jahre beobachtete die Mutter Blut im Stuhl des Pat.; eine besondere Form des Kotes ist ihr jedoch nicht aufgefallen.

An Husten und Auswurf soll Pat. nie gelitten haben. Seit den letzten 5 Jahren trat noch Erbrechen hinzu, so dass der Knabe stark abmagerte. Als seit Winter 1897 sich auch noch im Urin regelmässig Blutbeimengungen in

Gestalt von kleinen schwärzlichen Klumpen angeblich zeigten, wurde ein Arzt konsultiert, der das Kind für „in der Entwicklung zurückgeblieben“ erklärte und ohne Erfolg behandelte. Als Pat. immer mehr herunterkam, liessen die Eltern ihn am 25. April 1898 in ein Krankenhaus aufnehmen, wo angeblich die Diagnose auf „Nierenbluten und Eiweiss im Urin“ gestellt wurde. Das Befinden des Pat. wurde jedoch immer schlechter, sodass die Eltern am 1. August das Kind wieder nach Hause nahmen. Sein Zustand war damals derartig, dass er nur noch schwer und mit starkem Pressen Urin, der angeblich weiter Blut enthielt, lassen konnte, ferner heftige Leibschmerzen und „Kollern“, besonders auf der rechten Bauchseite, verspürte; auch war der Stuhlgang unregelmässig und oft sehr schmerzhaft; das Erbrechen, das nie ganz aufgehört hatte, stellte sich nun fast nach jeder Mahlzeit ein, doch wurde nie Kot erbrochen; der Appetit, der seit dem 3. Lebensjahre schon gering war, beschränkte sich auf das Allernotwendigste. Ein anderer konsultierter Arzt überweist den Knaben wegen aufgetretener Ileuserscheinungen zur Operation der Krankenanstalt Sudenburg, wo er am 12. August aufgenommen wird. Die letzte Stuhlentleerung war am 9. August abends erfolgt; seitdem sind auch keine Winde abgegangen.

Status praesens. Im Wachstum zurückgebliebener, schwächlicher Knabe von gracilem Knochenbau, gering entwickelter Muskulatur und spärlichem Fettpolster. Gewicht 39,5 Pfd. Die Lungen zeigen normalen Befund; nirgends ist speziell Katarrh oder Dämpfung nachweisbar.

Das Abdomen ist sehr stark aufgetrieben, und zwar überall gleichmässig, also von kugliger Gestalt; der Nabel ist verstrichen; die Därme sind mit Gas gefüllt; freie Flüssigkeit ist weder durch Palpation noch Perkussion nachweisbar. Die Leberdämpfung ist deutlich, sie erscheint leicht vergrössert; der Leberrand ist scharf. Die Tympanie erweist sich überall gleich: nirgends lokale Resistenz, nirgends lokale Auftreibung, nirgends lokale Schmerzhaftigkeit. Der Magen ist dilatiert. Beim Beklopfen der Bauchdecken zeigen sich deutliche peristaltische Bewegungen der stark gefüllten Dünndärme. Die Schmerzhaftigkeit des Abdomen ist nirgends bedeutend. Per rectum ist nichts nachzuweisen. Im Urin wird weder Eiweiss noch Blut gefunden. Temperatur 37,0; Puls 90.

Diagnose. Wegen der langen Dauer der Erscheinungen und der Abwesenheit lokalisierter Schmerzen wird chronische Peritonitis mit sekundären Verwachsungen und Darmabschnürung durch Stränge angenommen.

Therapie. Pat. erhält am 12. August noch drei Pulver Bismut. subnitric. à 0.3, sowie einen Theelöffel Kurella'sches Brustpulver und einen Einlauf; trotzdem erfolgt kein Stuhl, wohl aber zweimaliges Erbrechen. Am 13. August erhält Pat. 5 Tropfen Opium und einen Einlauf. Vormittags Operation; 75 Minuten Dauer, 15 ccm Chloroform, dann 20 ccm ACA (Aether-Chloroform-Alkoholmischung); Operateur: Herr Oberarzt Dr. Habs. 8 cm langer Längsschnitt in der Linea alba unterhalb des Nabels. Das Peritoneum wird gespalten und mit einigen Nähten an die äussere Haut befestigt. Die eingeführte

Hand fühlt links unterhalb des Nabels eine Resistenz im Darm. Die betreffende Schlinge wird zur Wunde vorsichtig herausgeleitet, und hierbei zeigen sich aufgeblähte Darmschlingen vorliegend und der Dünndarm eingeschnürt; der Abstand der ersten und zweiten Striktur beträgt etwa 15 cm, der zwischen der zweiten und dritten etwa 5 cm. Die Stenosen selbst stellen sich dar als starre Ringe, welche die ganze Cirkumferenz des Darms einnehmen, und sind etwa 0,5 cm breit; die dritte (distale) ist am ausgeprägtesten: der Versuch, an dieser Stelle den oberhalb angesammelten Darminhalt hindurchzudrücken, misslingt, sodass also die dritte Striktur sich als impermeabel — im Gegensatz zu den noch permeabeln anderen beiden — erweist. Subserös sind feinste miliare Knötchen deutlich erkennbar. Die eingeführte Hand, die den übrigen Darm abtastet, fühlt sonst nirgends eine Stenosierung.

Nun wird an dem aus der Bauchwunde herausgezogenen Dünndarmabschnitt je ein etwa 10 cm langes Stück oberhalb und unterhalb der Strikturen mit den Fingern leergestrichen und nach beiden Seiten mit Fingern abgeklemmt gehalten. Die so entleerten Darmabschnitte werden aneinandergelegt und in einer Ausdehnung von etwa 5 cm aneinander genäht, so dass der Dünndarm oberhalb der ersten Striktur mit dem unterhalb der dritten Striktur gelegenen Teil anastomosiert. Das ausgeschaltete Stück beträgt etwa 40 cm. Schliesslich Naht, erst des Peritoneum, dann der Muskulatur und äussern Haut.

29. August. Die Operation wurde gut ertragen. Der Verlauf war günstig. Die Temperatur schwankte

zwischen 36,2 und 37,5, die Pulsfrequenz zwischen 84 und 120. Die Wunde heilte per primam.

Am 14. August erfolgte der erste Flatus, am 16. der erste Stuhl, wenngleich spärlich, so doch ohne jede Beschwerde; seitdem besteht regelmässiger, normal leichter Stuhlgang, zumeist spontan, nur noch dreimal mit Hilfe eines Klystiers. Pat. verträgt allmählich wieder die gewöhnliche Kost. Der Appetit ist gut. Auch post operationem wird nie Blut, noch Eiweiss im Urin gefunden. Das Abdomen zeigt normale Weiche. Pat. hat an Gewicht um 11,5 Pfd. zugenommen. Er wird geheilt entlassen. —

Kurz zusammengefasst, handelt es sich also um einen 12jährigen, sonst gesunden Knaben, der seit 10 Jahren schon an Leibschmerzen und Stuhlbeschwerden — habitueller Obstipation, zeitweise von Diarrhöen unterbrochen —, sowie seit 2 Jahren an Erbrechen leidet und im Kote Blutbeimengungen aufwies. (Blut und Eiweiss im Urin wurde dagegen während seines Aufenthalts in der Krankenanstalt nicht beobachtet.) Wegen erheblicher Steigerung dieser Symptome — Verhaltung von Stuhl und Darmgasen, sowie fast regelmässiges Erbrechen nach jeder Nahrungsaufnahme — wurde die Laparotomie und im Anschluss daran die Enteroanastomosis ausgeführt, wonach Pat. sich bald erholte.

Bevor wir nun eine Analyse des vorliegenden Falles im Vergleich mit den anderen bisher bekannten Fällen

von multipler tuberkulöser Darmstenose versuchen, sei es gestattet, die von Hofmeister (l. c.) zusammengestellten analogen Beobachtungen auf Grund der seitherigen Veröffentlichungen zu ergänzen.

ad „Tabelle I. Operativ behandelte Fälle".

Zunächst ist zu Hofmeisters „Fall Nr. 1, Köberle" zu bemerken, dass er von Recklinghausen[1]) als tuberkulöse Darmstenosen geleugnet, vielmehr als „chronische Enteritis catarrhalis s. follicularis" gedeutet wird.

Ferner ist zu „Fall Nr. 12" nachzutragen: als „Operateur und Datum der Operation": Dr. Sick[2]), 31. März 1896; „Geschlecht und Alter des Patienten": Mann, 52 Jahre.

Die Gesamtzahl der übrigen angeführten Fälle, einschliesslich des Falles Hofmeister, beträgt daher 12.

Dazu kommt als Fall Nr. 13: Beobachtung von Lennander[3]) (20. Januar 1897): bei einer Frau von 37 Jahren bestanden heftige Unterleibsschmerzen, besonders rechts, mit Erbrechen, ohne Diarrhoe, mit chronischer Obstipation. Oberhalb der rechten Leiste ein ziemlich derber, sehr empfindlicher Strang von mehr als Fingerdicke. Abdomen aufgetrieben und gespannt, druckempfindlich, besonders rechts. Perkussionsschall etwas tympanitisch.

Operation: Resektion von 41 cm Dünndarm.

---

1) Jahrbücher der Hamburger Staatskrankenanstalten V. 2, S. 66. Anm.

2) Ebendaselbst S. 61.

3) Berl. klin. Wochenschr. 1898. Nr. 32.

Befund bei Gelegenheit der Operation: Bedeutende Stenose mehr als $^1/_2$ m oberhalb der Valvula Bauhini, ausserdem weiter unten am Dünndarm noch drei weniger bedeutende Strikturen.

Resultat: Nach $^3/_4$ Jahren wird der nicht abgegangene Murphyknopf wegen Unterleibsschmerzen und Harndrang durch abermalige Cöliotomie entfernt. Heilung.

Ferner hat Troje[1]) (1897) bei einer 25jährigen Patientin vier tuberkulöse Dünndarmstrikturen durch Resektion eines 115 cm langen Darmstückes beseitigt. Im späteren Verlauf kam es zur Fistelbildung.

v. Eiselsberg[2]) fand bei einer wegen tuberkulösen Iliocoecaltumors an einer 28jährigen Patientin vorgenommenen Laparotomie (14. V. 98) 13 Stenosen im Dünndarm und eine weitere im Colon ascendens, also im ganzen 15 Strikturen, welche sich auf mehr als 2 m Darm verteilten.

Die zwischen zuführender Dünndarmschlinge und Colon transversum angelegte Anastomose beseitigte die Stenosenerscheinungen, doch ging die Pat. nach 11 Tagen an ihrer Lungentuberkulose zu Grunde.

Endlich kommt noch zu den operativ behandelten Fällen als Fall Nr. 16: Fall Habs, der Eingangs ausführlich mitgeteilt worden ist.

ad „Tabelle II. Nicht operierte Fälle (Sektionsbefunde) von multipler tuberkulöser Darmstenose".

Nachzutragen ist zu Hofmeister's Nr. 8: „Geschlecht und Alter des Pat.": Weib, 51 Jahre; „Klinische

1) Verh. der 69. Naturforscher-Vers. zu Braunschweig 1897.
2) Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 50.

Erscheinungen“: Lungeninfiltration beider Oberlappen mit Kavernenbildung in der rechten Spitze. Im Sputum Tuberkelbazillen. Epigastrium und Beckengegend druckempfindlich. Oedem der Fussgelenke. Zunehmender Kräfteverfall. †. „Quelle“: Jahrbücher der Hamburger Staatskrankenanstalten V. 2. S. 64 ff.

Fassen wir nun an der Hand unseres Falles noch einige Hauptpunkte bezüglich der tuberkulösen Darmstenosen ins Auge, so sind in unserem Krankheitsbild als Ursache der Erscheinungen — Erschwerung bis zur völligen Verhaltung von Stuhl und Darmgasen, einhergehend mit je länger, desto häufigerem Erbrechen — die Verengerungen des Darmlumens zu beschuldigen, welche die Fortschaffung der Digesta behinderten, ja schliesslich aufhoben. Hätte das Hindernis noch längere Zeit fortbestanden, so hätte auch in unserem Falle, da die Entleerung per anum durch Verschluss des Darmrohrs unmöglich geworden, der Kot auf rückläufigem Wege mit Hilfe des Magens versucht, nach aussen zu gelangen, d. h. das Kotbrechen hätte das Bild des Ileus vervollständigt, bestätigt.

Die Aetiologie der Darmstenose selbst ist ja nun mannigfach: es kommen in Betracht Veränderungen der Lage, der anatomischen Verhältnisse der Wandung, ferner Abnormitäten des Inhalts und der Innervation, endlich Druck von aussen. Unter den anatomischen Veränderungen der Darmwand spielen die narbigen Strikturen die Hauptrolle, und unter diesen wieder die dysenterischen und syphilitischen geschwürigen Prozesse — letztere stets im

untersten Dickdarmabschnitte —, während die katarrhalischen und besonders die tuberkulösen Ulcerationen zurücktreten und die typhösen sich fast gar nicht beteiligen. Darum erscheint ein Zweifel daran, ob es sich in unserem Falle wirklich um tuberkulöse Prozesse handelte, durchaus berechtigt, zumal in den Fällen von E. Fränkel (l. c.) die Därme „ein so frappierendes, von sonst bekannten Bildern abweichendes Aussehen darboten, dass die Deutung dieser Veränderungen lediglich auf Grund der makroskopischen Betrachtung notwendig auf Schwierigkeiten stossen musste". Immerhin erscheint in unserem Falle die Diagnose „Tuberkulose" schon durch den makroskopischen Befund — subseröse feinste miliare Knötchen — derart sicher gestellt, dass eine nachträgliche mikroskopische Untersuchung, die uns durch die gegebenen Verhältnisse leider entzogen wurde, wohl wünschenswert für die Bestätigung, doch nicht notwendig zur Begründung hätte sein dürfen. Und zwar wünschenswert um so mehr, als es sich — soweit nachzuweisen war — um die viel seltenere primäre Darmtuberkulose, also ohne gleichzeitige Erkrankung anderer Organe, speziell der Lungen, handelt, wobei jedoch die für die Entstehung primärer Darmtuberkulose als so wichtig erwiesene Möglichkeit einer Infektion durch den Genuss von rohem Fleisch und ungekochter Milch perlsüchtiger Kühe ausdrücklich negiert wird.

Betreffs der Symptomatologie und Diagnose darf wohl auf die Ausführungen König's[1]), sowie Eich-

1) Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie XXXIV S. 65.

horst's[2]) und Nothnagel's[3]) verwiesen werden. Im Uebrigen sehen wir Hofmeister's Satz „In keinem der „bisher bekannt gewordenen Fälle ist es gelungen, die „Mehrzahl der Verengerungen vor der Eröffnung des Leibes „auch nur zu vermuten" auch in den neuen Fällen (Lennander, Troje, v. Eiselsberg und Habs) bestätigt.

Betreffs der anatomischen Verhältnisse weist eine Zusammenstellung jener 24 Fälle auf: zunächst als Anzahl der Stenosen: fünfmal 2, zweimal je 3, 4 und 6, einmal je 5, 7 und 8, dreimal je 12, endlich einmal 15 Stenosen, während sechsmal eine bestimmte Zahl nicht angegeben ist.

Ob es sich in den einzelnen Fällen um strikturierende Ulcerationen oder Stenosen im eigentlichen Sinne — eine Trennung, die Fränkel (l. c.) besonders betont — handelte, lässt sich auf Grund mangelnder Angaben darüber in vielen Fällen nicht feststellen; in unserem Falle handelte es sich wahrscheinlich um primäre Ulcerationen der Schleimhaut. In dem Falle von Hofmeister handelte es sich um Narbenstenosen, während von Troje und v. Eiselsberg die strikturierenden Ringe im Zustand florider Ulceration gefunden wurden. Letzterer Fall ist besonders dadurch von Interesse, dass unter dem Einfluss der Enteroanastomose die Verengerungen im Laufe von 19 Tagen bedeutend zurückgingen, so dass Strehl in seiner Beschreibung des Falles sich zur Annahme „spastisch-entzündlicher Stenosen" veranlasst sieht.

2) Realencyklopädie V S. 425 ff.

Als Sitz der multiplen tuberkulösen Stenosen erweist sich — in Uebereinstimmung mit unserem Falle — fast stets das Ileum, und zwar besonders in seinem untern Abschnitt, während die solitären Stenosen meist an der Ileocoecalklappe sitzen, und nur ein Fall (Hofmeister l. c. Tab. II Nr. 6) ist bis jetzt bekannt, wo die beiden überhaupt sich vorfindenden Stenosen nur im Colon sassen.

Ueber die Entfernung der einzelnen Stenosen von einander, sowie ihre Länge und Durchlässigkeit, endlich die Beteiligung des übrigen Darmes haben wir Hofmeister's (l. c. S. 587 f.) Ausführungen nichts hinzuzufügen.

Ebenso schliessen wir uns betreffs der Therapie, die, falls sie überhaupt Heilung erstrebt, nur in einem chirurgischen Eingriffe bestehen kann, den Ausführungen Hofmeister's an, wenn er den Rat giebt: bei solitären Stenosen, wenn irgend möglich, die Resektion; bei multiplen Strikturen je nach Zahl und Sitz, bei kurzer Ausdehnung die Resektion des ganzen Stückes, bei zu weiter die Anastomosenbildung auszuführen.

Was endlich die Berechtigung der Operation in unserem Fall betrifft, so war sie durch die vitale Indikation infolge des Ileus gegeben.